

Señores
BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.

Presente.-

Nos permitimos adjuntar los siguientes documentos correspondientes al reclamo cuyo detalle anotamos a continuación

Empresa o contratante _____

Nombre del titular _____

Nombre del paciente _____

Reclamo No. _____ (si se trata de un alcance) _____

Formularios	No. de Formulario	Valor
<input type="checkbox"/> Solicitud de Beneficios		
<input type="checkbox"/> Recibo de Consultas Médicas		
<input type="checkbox"/> Orden de Medicinas		
<input type="checkbox"/> Recibos de Medicinas		
<input type="checkbox"/> Ordenes de Exámenes y/o Imagen		
<input type="checkbox"/> Facturas de Exámenes y/o Imagen		
<input type="checkbox"/> Ordenes de Interconsultas		
<input type="checkbox"/> Ordenes de Fisioterapia		
<input type="checkbox"/> Factura de Fisioterapia		
<input type="checkbox"/> Otros		
Valor Total		

FIRMA AUTORIZADA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL ASEGURADO